

**ELIZÂNGELA XAVIER MARTINS**

**AUTISMO INFANTIL NA PERSPECTIVA  
ANALÍTICO COMPORTAMENTAL**

Monografia apresentada como  
requisito para conclusão do curso de  
Psicologia do UniCEUB - Centro  
Universitário de Brasília.

Professor Orientado: Geison Isidro

**Brasília/ DF, novembro de 2005**

Dedico essa monografia ao meu professor e orientador Geison Isidro por seu incentivo e paciência. Também dedico à psicóloga Lúcia Helena, pelo seu apoio e por ter gerado em mim a curiosidade e admiração por este assunto.

Agradeço a Deus, por me fortalecer a cada dia. Em especial a minha tia Laura, por me dar a oportunidade de concluir este trabalho. Também agradeço. Aos que diretamente e indiretamente contribuíram com este trabalho.

## SUMÁRIO

Introdução.....	06
I. Transtorno Global do Desenvolvimento, segundo o DSM IV TR.....	10
II. Transtorno Autista.....	14
III. Técnicas de Intervenção.....	23
IV. Terapia Comportamental e sua Importância.....	29
Conclusão.....	34
Referência Bibliográfica.....	36

## **RESUMO**

Esta monografia tem como objetivo tratar o Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), focando o Autismo Infantil (AI), seus conceitos e inferências com base na análise do comportamento. Com isso foi feita uma pesquisa bibliográfica para definir primeiramente o que é o Transtorno Global do Desenvolvimento e algumas das suas diferenças, em seguida será abordado o Autismo Infantil, definições, características comportamentais e diagnóstico. Além disso, serão abordadas algumas técnicas de intervenção, como o método TEACCH, o PECS e a ABA (Análise Comportamental Aplicada) e a característica principal que cada uma dessas técnicas apresenta. Por fim, será abordada a terapia comportamental como intervenção eficaz no tratamento do autismo. Tudo isso com o intuito de levar tanto profissionais como aos leigos a refletirem a tamanha necessidade de se buscar um conhecimento mais profundo sobre estes transtornos, assim possibilitando a criança autista e outras que apresentem diversos transtornos uma melhor qualidade de vida e uma ajuda mais eficaz no seu desenvolvimento.

“O DESCONHECIMENTO TEM COMO OBJETIVO ESTIMULAR A OMISSÃO; O CONHECIMENTO NOS LIBERTA DO PRECONCEITO, DA SEGREGAÇÃO E DA FALTA DE CIDADANIA”.

Niusarete Margarida de Lima

De acordo com o DSM IV TR, dentro da seção de Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência, encontram-se os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), que se caracterizam por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento, tais como: nas habilidades da interação social, nas habilidades de comunicação, nos comportamentos, nos interesses e atividades. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. Fazem parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento o Transtorno Autista (que será objeto de estudo mais específico deste trabalho), Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger, e Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação. Esses transtornos de maneira geral se manifestam nos primeiros anos de vida e, freqüentemente, estão associados com algum grau de Retardo Mental. Ainda segundo o DSM IV TR, Os Transtornos Globais do Desenvolvimento são observados, por vezes, juntamente com um grupo de várias outras condições médicas gerais, como por exemplo, outras anormalidades estruturais do sistema nervoso central. Embora termos como “psicose” e “esquizofrenia da infância” já tenham sido usados com referência a indivíduos com esses transtornos, evidências consideráveis sugerem que os Transtornos Globais do Desenvolvimento são distintos da Esquizofrenia (entretanto, um indivíduo com Transtorno Global do Desenvolvimento ocasionalmente pode, mais tarde, desenvolver Esquizofrenia).

Qualquer abordagem sobre o Transtorno Autista deve referenciar os pioneiros Leo Kanner e Hans Asperger que separadamente, publicaram os primeiros trabalhos sobre esse transtorno. As publicações de Kanner em 1943 e de Asperger em 1944 continham descrições detalhadas de casos de autismo e também ofereciam os primeiros esforços para explicar teoricamente tal transtorno.

Ambos acreditavam que desde nascimento havia um transtorno básico que originava problemas altamente característicos. Parece uma coincidência notável o fato de que ambos escolheram a palavra “autista” para caracterizar a natureza do transtorno em questão. Na verdade não é uma coincidência, uma vez que esse termo já tinha sido apresentado pelo eminente psiquiatra Eugen Bleuler em 1911. Originalmente, este termo se referia a um transtorno básico em esquizofrenia (outro termo lançado por Bleuler), mais especificamente, o estreitamento do relacionamento com as pessoas e com o mundo exterior, um estreitamento tão extremo que parecia excluir tudo, exceto a própria pessoa. Este estreitamento poderia ser descrito como um afastamento da estrutura de vida social para a individualidade. Daí a palavra “autista” e “autismo”, originárias da palavra grega *autos*, que significa “próprio” (Frith, 1989).

Tanto Kanner, trabalhando em Baltimore, quanto Asperger em Viena, notaram casos de crianças diferentes que tinham em comum características fascinantes. Acima de tudo, as crianças pareciam incapazes de desenvolver um relacionamento afetivo normal com as pessoas.

A incapacidade inata para o relacionamento pessoal no Transtorno Autista é reconhecido como um dos sintomas principais desde a observação inicial de Kanner (1943). Para Kanner (1943) estas crianças vieram ao mundo com a incapacidade inata de constituir biologicamente o contato afetivo habitual com as pessoas, assim como outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas.

A organização Mundial de Saúde (OMS), por meio de sua classificação Internacional das Doenças, 10ª revisão (CID 10), refere-se ao Autismo Infantil (Ou síndrome de Kanner) como uma síndrome existente desde o nascimento ou que começa quase sempre durante os trinta primeiros meses, onde as respostas aos estímulos auditivos e às vezes aos estímulos visuais são anormais, havendo habitualmente, graves dificuldades de compreensão da linguagem falada. A fala é atrasada e, quando desenvolve, caracteriza-se por ecolalia, inversão de pronomes, imaturidade da estrutura gramatical e incapacidade de empregar termos abstratos. Geralmente, há uma alteração do uso social da linguagem verbal e gestual. A CID 10 fala do comportamento ritualizado do autista, com hábitos anormais, resistências às mudanças (*sameness*), apego à objetos singulares e brincadeiras estereotipadas.

O Autismo infantil se caracteriza por uma profunda falha de integração senso-motora, complicada por sérios distúrbios de linguagem, cognição e

relacionamento humano. Essa patologia se inicia nos três primeiros anos de vida, gerando um desenvolvimento distorcido da personalidade e do funcionamento intelectual, que persiste por toda a vida (Gauderer, 1993).

Os índices de Autismo Infantil divulgados por diversos autores variam muito. Porém, os mais aceitos e descritos pelo DSM IV TR referem-se a uma taxa média de prevalência do Transtorno Autista em estudos epidemiológicos é de 15 casos por 10.000 indivíduos, com relatos de taxas variando de 2 a 20 casos por 10.000 indivíduos. Ainda não está clara se as taxas mais altas relatadas refletem diferenças de metodologias ou um aumento da frequência do transtorno.

Muitas dessas crianças, freqüentam escolas especiais com diagnósticos errôneos de surdos-mudos ou distúrbios de comportamento. Presume-se, pois, que a real incidência seja bem maior do que a descrita na literatura (Gauderer, 1993).

Para Sweet (1993), o Autismo manifesta-se por profundas alterações do comportamento, que instalam-se precocemente na infância. Sua etiologia permanece desconhecida. Não há até hoje, qualquer achado específico, clínico ou laboratorial, que nos permita fazer um diagnóstico preciso. É uma síndrome formada por um conjunto de alterações do comportamento que, embora não sejam exclusivas do autismo, constituem uma constelação clínica, não integralmente reproduzida em nenhuma outra doença.

Vale registrar que o Transtorno Autista é hoje um dos temas relativos a infância mais estudados e pesquisados no mundo e apesar disso não há um consenso em relação a causa, por não haver nenhum marcador concreto que faça parte de todos os casos. Alguns autores tentaram estabelecer uma relação de frieza emocional das mães e dos pais com o desenvolvimento autista. O próprio Kanner (1943) julgava que a atitude e comportamento dos pais pudessem influir no aparecimento da síndrome. Ele havia observado em seus 11 pacientes iniciais que seus pais eram intelectualizados e emocionalmente frios, na grande maioria dos casos. Tem sido evidente que, embora seja muito importante no desenvolvimento do transtorno a dinâmica emocional familiar, esse elemento não é suficiente em si mesmo para justificar o seu aparecimento. Portanto, o autismo não parece ser, em sua essência, um transtorno adquirido e, atualmente, o autismo tem sido definido como uma síndrome comportamental resultante de um quadro orgânico (Schwartzman, 1995).



O Diagnóstico de Transtorno Autista é clínico e, portanto, a pessoa com suspeita do referido transtorno deve ser muito bem examinada. Um diagnóstico completo pressupõe avaliação psiquiátrica, neurológica e psicológica.

Com os conhecimentos existente hoje, sabe-se que o tratamento da pessoa com autismo “é uma tarefa de vida”. Por esta razão, o atendimento à mesma deve ser multifacetado, não se restringindo apenas a portador de autismo, mas englobando seus familiares, a escola ou instituição que frequenta e outros ambientes da comunidade nos quais vive e atua (Schwartzman, 1995).

Dentre as diversas abordagens, o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos e das práticas de intervenções nas últimas décadas, estas objetivamente avaliadas através de pesquisas cuidadosas, faz com que a terapia comportamental seja considerada nos últimos tempos a melhor desenvolvida, confiável e eficaz, no atendimento da pessoa com o autismo (DeMyer e Col.; 1981; Howli e Rutter, 1987, Lovaas, 1987, 1989, 1993; Groden e Baron, 1988, Werry e Wollersheim, 1989; Pfeiffer e Nelson, 1992, Schwartzman, 1995).

Esta monografia traz como proposta um modo singular de esclarecimento sobre o Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) – Transtorno Autista e a importância da análise do comportamento como fundamento importante no tratamento destas crianças.

Tal monografia está dividida em quatro partes. Na primeira parte serão abordados os Transtornos Globais do Desenvolvimento conforme a definição do DSM IV TR e CID 10. Na segunda, será abordado Transtorno Autista (TA), seus conceitos, origens, características comportamentais, sintomas, incidências, causas e diagnósticos. A terceira parte serão abordadas algumas técnicas utilizadas no tratamento de pessoas com autismo. E por fim, na quarta parte, será abordado a importância da terapia comportamental como intervenção do Transtorno Autista, com o objetivo de fazer desta monografia um trabalho mais elaborado e rico.

## 1. TRANSTORNO GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO (TGD), CONFORME O DSM IV-TR

Segundo a **CID-10**, os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) são um grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões. Recomenda-se utilizar, se necessário, um código adicional para identificar uma afecção médica associada e o retardo mental (F70 – F79).

Com base nos critérios do DSM-IV-TR (2002) os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) caracterizam-se por um comprometimento grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades. Os prejuízos qualitativos que definem estas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. São considerados Transtornos Globais do Desenvolvimento: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Entre esses transtornos, o mais freqüente é o autismo, o que estudaremos mais a frente. Entre os transtornos globais do desenvolvimento, segundo o DSM-IV-TR (2002) se tem:

a) O Transtorno de Rett: cuja característica essencial consiste no desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida. O padrão de regressão do desenvolvimento é muito característico, tem seu início antes dos 4 anos, geralmente no primeiro ou no segundo ano de vida. A duração do transtorno é vitalícia, sendo a perda das habilidades em geral persistente e progressiva. Na maior parte dos casos, a recuperação é bastante limitada, embora alguns progressos muito modesto no desenvolvimento possam ser feitos e um interesse pela interação social possa ser observado quando os indivíduos ingressam em uma fase mais tardia da infância ou na adolescência. As

dificuldades de comunicação e de comportamento em geral permanecem relativamente constantes ao longo da vida. O Transtorno de Rett está tipicamente associado ao Retardo Mental Grave ou Profundo. É aparentemente muito menos comum que o Transtorno Autista. A condição é relatada em apenas no sexo feminino (DSM-IV-TR, 2002).

b) O Transtorno Desintegrativo da Infância: consiste numa regressão pronunciada em múltiplas áreas do funcionamento, após um período de pelo menos 2 anos de desenvolvimento aparentemente normal. Após os 2 anos de vida ( mas antes dos 10 anos), a criança sofre uma perda clinicamente importante de habilidades já adquiridas em pelo menos duas das seguintes áreas: linguagem expressiva ou receptiva, habilidades sociais ou comportamento adaptativo, controle esfincteriano, jogos ou habilidades motoras. Mais tipicamente, as habilidades adquiridas são perdidas em quase todas as áreas. Os indivíduos com esse transtorno apresentam um comprometimento qualitativo na interação social e na comunicação e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamentos, interesses e atividades. Em geral, esse transtorno está associado ao Retardo Mental Grave. Aparentemente é muito raro, muito mais que o transtorno autista. Os estudos iniciais sugeriam uma distribuição igual entre os sexos, mas o dados mais recentes indicam que a condição é mais comum no sexo masculino (DSM-IV-TR, 2002).

Por definição, o Transtorno Desintegrativo da Infância apenas pode ser diagnosticado se os sintomas forem precedidos por pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal e o início ocorrer antes dos 10 anos. Na maioria dos casos, o início dá-se aos 3 ou 4 anos, podendo ser insidioso ou repentino. Os sinais premonitórios podem incluir aumento nos níveis de atividades, irritabilidade e ansiedade, seguidos por uma perda da fala e de outras habilidades. Durante este período, a criança também pode perde o interesse pelo ambiente. O transtorno segue um curso contínuo e, na maioria dos casos, vitalícios. As dificuldades sociais, comunicativas e comportamentais permanecem relativamente constantes durante toda a vida.

c) Transtorno de Asperger (TA): consiste num comprometimento grave e persistente da interação social e no desenvolvimento de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesse e atividades. A perturbação deve causar

comprometimento clinicamente importante nas áreas sociais, ocupacional ou outras.

Os indivíduos com o Transtorno de Asperger não apresentam atrasos clinicamente significativos do desenvolvimento cognitivo ou das habilidades e autocuidados próprios da idade, têm comportamentos adaptativos (exceto na interação social) e curiosidade a cerca do ambiente na infância. Como a linguagem e as habilidades situam-se dentro dos limites normais nos primeiros três anos de vida, os pais ou cuidadores geralmente não têm preocupações com o desenvolvimento da criança neste período, embora possam recordar comportamentos incomuns em uma entrevista detalhada. Embora problemas sociais sutis possam ocorrer, os pais ou responsáveis muitas vezes não se preocupam com a criança, até que esta comece a frequentar a pré-escola ou outras situações onde é exposta ao convívio com outras crianças da mesma idade. Neste ponto, suas dificuldades sociais com o grupo de igual podem se tornar evidentes.

Sintomas de hiperatividade e desatenção são freqüentes no Transtorno de Asperger, sendo que muito indivíduos com esta condição realmente recebem um diagnóstico de Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade antes do diagnóstico de Transtorno de Asperger. Há relatos de que o transtorno está associado a uma série de outros transtornos mentais, inclusive Transtornos Depressivos.

O quadro clínico pode se apresentar de formas diferentes em idades diferentes. Com freqüência, a incapacitação social dos indivíduos com o transtorno se torna mais evidente com o passar do tempo. Na adolescência alguns indivíduos podem aprender a usar seus pontos fortes para compensar seus pontos fracos. Os indivíduos com os TA podem ser maltratados pelos outros, o que, somando aos sentimentos de isolamento social e a capacidade crescente de sentir vergonha, pode contribuir para o desenvolvimento de depressão e ansiedade da adolescência e no início da vida adulta. O transtorno é diagnosticado com muito mais freqüência (pelo menos cinco vezes mais) no sexo masculino do que no feminino. Ainda não há dados quanto a prevalência. O TA é contínuo e vitalício.

d) Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (incluindo Autismo Atípico): esta categoria deve ser usada quando existe um

comprometimento grave e global do desenvolvimento da interação social recíproca ou de habilidades de comunicação verbal ou não-verbal, ou na presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades, sem que sejam satisfeitos os critérios para um Transtorno Global do Desenvolvimento específico, Esquizofrenia, Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Transtorno da Personalidade Esquiva. Essa categoria inclui, por exemplo, “Autismo Atípico” – apresentações que não satisfazem os critérios para Transtorno Autista em vista da idade tardia de seu início, quadros com sintomatologia subliminar ou todas acima.

## 2. AUTISMO

O Transtorno Autista apresenta muitas dificuldades e é passível de controvérsia, pois engloba, dentro dos atuais conceitos, uma série de doenças com diferentes quadros clínicos que têm como fator comum o sintoma autístico.

O Autismo é um distúrbio do desenvolvimento humano que vem sendo estudado pela ciência há quase seis décadas, mas sobre o qual ainda permanecem, dentro do próprio âmbito da ciência, divergências e grandes questões por responder. Atualmente, embora o autismo seja bem mais conhecido, tendo inclusive sido tema de vários filmes de sucesso, ele ainda surpreende pela diversidade de características que pode apresentar e pelo fato de, na maioria das vezes, a criança autista ter uma aparência totalmente normal (Mello, 2000).

Henry Maudsley (1867) foi o primeiro psiquiatra a dar atenção mais séria a crianças pequenas com transtornos mentais severos, envolvendo um marcante desvio, atraso e distorção nos processos de desenvolvimento. Inicialmente todos esses transtornos eram considerados psicoses (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003). Por “psicose” compreende-se, de um modo geral, um distúrbio maciço da realidade, envolvendo uma desorganização (ou a não organização) da personalidade (Houzel, 1991).

Em 1906, Plouller introduziu o adjetivo autista na literatura psiquiátrica, ao estudar pacientes que tinham diagnóstico de demência precoce (esquizofrenia). Mas foi Bleuler, em 1911, o primeiro a difundir o termo autismo, definindo-o como perda de contato com a realidade; causada pela impossibilidade ou grande dificuldade na comunicação interpessoal. Referiu-se originalmente ao autismo como transtorno básico da esquizofrenia (inicialmente denominada de demência precoce, por Kraepelin). Bleuler (1955), referia-se a esquizofrenia como uma alterações específicas do pensamento, nos sentimentos e nas relações com o mundo externo, cujo curso é, por vezes, crônico ou marcado por ataques intermitentes. Pode se estacionar ou regredir em qualquer época da vida do paciente (Bosa, 2002).

As primeiras publicações sobre autismo foram feitas por Leo Kanner (1943) e Hans Asperger (1944), os quais, independentemente (o primeiro em Baltimore e o segundo em Viena), forneceram relatos sistemáticos dos casos que acompanhavam e das suas respectivas suposições teóricas para essa síndrome até então desconhecida (Bosa, 2002).

Em 1943, Leo Kanner (médico Autriáco, residente em Baltimore, nos EUA) em seu histórico artigo escrito originalmente em inglês “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo, cunhou o termo “autismo infantil” e forneceu uma descrição clara e abrangente da síndrome da primeira infância. Ele descreveu crianças que exibiam extrema solidão autista, incapacidade para assumir uma postura antecipatória, desenvolvimento da linguagem atrasado ou desviante, com ecolalia e inversão pronominal (usar “você” ao invés de “eu”), repetições monótonas de sons ou expressões verbais, excelente memória de repetição, limitação na variedade de atividades espontâneas, estereotípias e maneirismos, desejo ansiosamente obsessivos pela manutenção da uniformidade, pavor de mudança e imperfeição, relações anormais com outras pessoas e preferências por figuras ou objetos inanimados. Kanner suspeitava que a síndrome fosse mais freqüente do que parecia e sugeriu que algumas dessas crianças eram confundidas com crianças com retardo mental ou esquizofrenia (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003). Kanner escolheu a palavra “autista” para caracterizar a natureza do transtorno, pois é originários da palavra grega autos, que significa “próprio” (Frith, 1989). A criança autista vive fechada sem eu próprio mundo, concentrada em si mesma, ela prefere ficar sozinha e sem fazer nada ou então, brincado com algum objeto que lhe chame a atenção. A questão do autismo continuou a ser estudada por Kanner no decorrer de sua vida.

As descrições de Asperger (1944) são na verdade mais amplas que as de Kanner, cobrindo características que não foram levantadas por Kanner, além de incluir casos envolvendo comprometimento orgânico (Bosa, 2002). Ele diferenciou um grupo de crianças com retardo no desenvolvimento, sem outras características associadas ao retardo mental, e deu o nome “psicopatia autísticas” a esse quadro. Ao contrário de Kanner, que via um prognóstico mais sombrio para esses pacientes. Asperger acreditava que eles responderiam melhor ao tratamento, possivelmente em função de que os paciente descritos por ele apresentavam um rendimento superior ao daqueles descritos por Kanner.

Asperger ressaltou a questão da dificuldade das crianças que observava em fixar o olhar durante situações sociais, mas também fez ressalvas quanto à presença de olhar periférico e breve; chamou a atenção para as peculiaridades dos gestos-carente de significados e caracterizados por estereotípias – e de fala, a qual

se podia apresentar sem problemas de gramática e com vocabulário, porém monótonas (Bosa, 2002).

Ainda segundo Bosa (2002), tanto Kanner quanto Asperger empregaram o termo para chamar a atenção sobre a qualidade do comportamento social que perpassa a simples questão de isolamento físico, timidez ou rejeição do contato humano, mas se caracteriza, sobretudo, pela dificuldade em manter contato afetivo com os outros, de modo espontâneo e recíproco. A questão da reciprocidade, ou melhor, a falta de, que permanece como um dos marcadores significativo no autismo.

As primeiras alterações da concepção do autismo surgem a partir de Ritvo (1976), que relaciona o autismo a um déficit cognitivo, considerando-o não uma psicose, e sim um distúrbio do desenvolvimento (Assumpção Jr, 2002).

Apenas em 1980, na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM III), o Transtorno Autista foi reconhecido como uma entidade clínica distinta. Antes de 1980, as crianças com qualquer um dos transtorno invasivo do desenvolvimento eram classificados como tendo um tipo de esquizofrenia infantil. Nesta década, assiste-se uma verdadeira revolução paradigmática no conceito, sendo o autismo retirado da categoria de psicose no DSM III e no DSM III R, bem como no CID 10, passando a fazer parte dos transtornos globais do desenvolvimento. Já o DSM IV traz o transtorno autista como integrando os transtornos invasivos do desenvolvimento (Pervasive Developmental Disorder), encontrando-se também na tradução para o português o termo “global” em substituição a invasivo (Assumpção Jr, 1995).

Como se pode perceber, não existe uma causa única para o conceito do Autismo. Há diversas hipóteses que ora se encontram, ora se distanciam.

O Autismo é hoje considerado como uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas em conseqüências de um distúrbio de desenvolvimento (Gilbert,1990). Caracteriza-se por um déficit na interação social visualizando pela inabilidade em relacionar-se com o outro, usualmente combinado com déficit de linguagem e alterações de comportamento.

Segundo o CID 10 (1993), encontra-se o conceito de Transtorno Global do Desenvolvimento descrito como:



“Grupo de transtornos caracterizados por anormalidades qualitativas em interações sociais recíproca e em padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipados e repetitivo. Essas anomalias qualitativas são um aspecto invasivo do funcionamento do indivíduo em todas as situações, embora possam variar em grau”.

Autismo Infantil – Transtorno Invasivo do Desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal e /ou comprometido que se manifesta antes da idade de três anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas de interações sociais, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. O transtorno ocorre em garotos três ou quatro vezes mais freqüentes que em meninas.” (págs 246 e 247).

Segundo Gauderer (1993, P.03), existem atualmente três definições de Autismo que estão sendo amplamente usadas, cujo teor segue, textualmente, para mostrar o consenso a que já se chegou. Estas são: A National Society for Autistic Children; a OMS (Organização Mundial de Saúde) e o DMS ( Associação Americana de Psiquiatria no Diagnóstico na Statistical Manual of Mental Disorders ).

A definição aceita pela National Society for Autistic Children e pela OSM é a seguinte:

“Autismo é uma síndrome presente desde o nascimento e se manifesta invariavelmente antes dos 30 meses de idade. Caracteriza-se por respostas anormais a estímulos auditivos ou visuais, e por problemas graves quanto à compreensão da linguagem falada. A fala custa aparecer, e, quando isso acontece, nota-se ecolalia, uso inadequado dos pronomes, estrutura gramatical imatura, incapacidade de usar termos abstratos. Há também, em geral, uma incapacidade na utilização social, tanto na linguagem verbal como na corpórea. Ocorrem problemas muito graves de relacionamento social antes dos cinco anos de idade, como incapacidade de desenvolver contato olho a olho, ligação social e jogos em grupos. O comportamento é usualmente ritualístico e pode incluir rotinas de vida anormais, resistência a mudanças, ligação a objetos estranhos, e um padrão de brincar estereotipados. A capacidade para pensamento abstrato-simbólico ou para jogos imaginativos fica diminuída. A inteligência varia de muito subnormal, anormal ou acima. A performance é com freqüência melhor em tarefas que requerem memória simples ou habilidade visoespacial, comparando-se com aquelas que requerem capacidade simbólica ou lingüística...”

Segundo o DMS IV TR (2002), as características do Transtorno Autista consistem na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo.

O comprometimento da interação social recíproca é amplo e persistente. Pode haver um acentuado comprometimento do uso de múltiplos comportamentos não verbais que regulam a interação social e a comunicação. Pode ocorrer uma ausência na busca espontânea pelo prazer compartilhado, interesses ou realizações com outras pessoas. Os indivíduos com este transtorno podem ignorar as outras crianças (inclusive irmãos), podem não ter idéias das necessidades alheias, ou não perceber o sofrimento alheio.

O Transtorno Autista é um transtorno evolutivo-comportamental. Embora o transtorno autista fosse considerado, inicialmente, como sendo de origem psicossocial ou psicodinâmica, acumulam-se muitas evidências a favor de um substrato biológico. (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003).

O Autismo pode manifestar-se desde os primeiros dias de vida, mas é comum os pais relatarem que a criança passou por um período de normalidade anteriormente à manifestação dos sintomas. Normalmente, o que chama a atenção dos pais é que a criança é excessivamente calma e sonolenta ou então que chora sem consolo durante prolongados períodos de tempo.

É comum o aparecimento de estereotípias que podem ser movimentos repetitivos com as mãos ou com o corpo, fixação do olhar nas mãos por períodos longos e hábitos como o de morder as mãos. Uma queixa freqüente dos pais é que o bebê não gosta do colo ou rejeita o aconchego (Mello,2000).

Segundo Facion (2002), os sintomas apresentados pelo autismo, podem exibir muitas variações de uma criança para outra. Alguns podem nem desenvolver a linguagem enquanto outros podem apresentá-la, porém, com alguns comprometimentos.

Apesar de os sintomas começarem a aparecer a partir de três anos de idade, é possível que faça uma identificação mais precoce. Tal identificação (Aiello, 2002 in Guilhardi) traz várias vantagens e implicações importantes. A primeira delas é a possibilidade de reduzir a faixa etária do diagnóstico para um ano. A identificação precoce possibilita, também, a imediata intervenção.

Os índices de incidência divulgados pelas diversas autoridades no assunto variam, já que cada um assume uma definição para o termo autismo, que corresponde a um conjunto de critérios de diagnóstico diferente e, conseqüentemente, com uma determinada abrangência. Há estudos que prevêem uma maior abrangência do termo, que poderia passar a incluir pessoas que hoje

não tem o diagnóstico de autismo. No entanto, segundo o DSM IV TR (2002), a taxa média de prevalência do Transtorno Autista e estudos epidemiológicos é de 15 casos por 10.000 indivíduos, com relatos de taxas variando de 2 a 20 casos por 10.000 indivíduos. Ainda não está claro se as taxas mais altas relatadas refletem diferenças de metodologia ou um aumento de frequência do transtorno.

Independentemente de critérios de diagnóstico, é certo que a síndrome atinge principalmente pessoas do sexo masculino, numa proporção de quatro homens autistas para uma mulher com o mesmo diagnóstico.

## **CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS**

Segundo (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003), as características comportamentais apresentam:

a) Comprometimentos Qualitativos na Interação Social, onde todas as crianças fracassam no desenvolvimento da conexão habitual com seus pais e outras pessoas.

Quando bebês, muitos não exibem o sorriso social e a postura de antecipação para serem erguidas quando um adulto se aproxima. Essas crianças freqüentemente não parecem reconhecer ou diferenciar a maioria dos indivíduos importantes em suas vidas.

Quando as crianças autistas alcançam a idade escolar, observa-se um fracasso em brincar com seus pares e fazer amigos, falta de habilidades sociais e inadequação e, particularmente, fracasso no desenvolvimento de empatia.

Os adolescentes e adultos autistas têm sentimentos sexuais, mas sua falta de competência e habilidades sociais evita que desenvolvam um relacionamento sexual.

b) Perturbação da Comunicação e Linguagem. Tanto um desvio quanto um atraso na linguagem são característicos do distúrbio autista.

No primeiro ano de vida, a quantidade e o padrão de balbúcio das crianças autistas podem estar reduzidos ou anormais; algumas emitem sons de formas estereotipadas, sem qualquer intenção aparente de comunicação. A linguagem, geralmente, dá-se na forma de ecolalia, tanto imediata postergada ou com frases estereotipadas sem qualquer relação com o contexto.

c) Comportamentos Estereotipados. Nos primeiros anos de vida da criança autista, grande parte da atividade explanatória infantil está ausente ou mínima. Os brinquedos e objetos freqüentemente são manipulados de um modo para o qual não foram feitos. Fenômenos ritualísticos e compulsivos são comuns na infância inicial e intermediária. Elas freqüentemente giram, batem com a cabeça e alinham objetos, apegando-se a objetos inanimados. As crianças autistas resistem a transições e mudanças. A mudança de residência, a redistribuição dos móveis de uma sala, quando o inverso é a rotina, podem resultar em pânico e ataques de raiva.

d) Instabilidade de Humor e Afeto. Algumas crianças com o Transtorno Autista exibem súbita mudanças de humor, com surto de risadas ou prantos sem razão aparente e sem a expressão de pensamentos congruentes com o afeto.

e) Respostas a Estímulos Sensoriais. As crianças autistas podem ser super ou sub-responsivas aos estímulos sensoriais; podem ignorar seletivamente a linguagem falada dirigida a elas, de modo que freqüentemente se pensa que são surdas, mas demonstrarem interesse incomum pelo som de um relógio de pulso. Muitas parecem gostar de músicas e algumas, particularmente, apreciam a estimulação vestibular – movimento de rotação, de oscilação ou de sobe-e-desce.

f) Outros Sintomas Comportamentais. Observam-se agressividade e explosões de ira, muitas vezes sem razão aparente, ou provocadas por mudanças ou exigências. O comportamento autodestrutivo inclui bater com a cabeça, morder-se, arranhar-se ou arrancar os cabelos. Incapacidade total para concentrar-se em uma tarefa, insônia, problemas de alimentação, enurese e encoprese também são freqüentes

## **O DIAGNÓSTICO**

As doenças psiquiátricas ou comportamentais são reconhecidas e diagnosticadas com enorme dificuldade. Não que seja de difícil identificação, mas elas “mexem” e nos obrigam a questionar áreas muito delicadas e sensíveis do ser humano, ou seja, o nosso próprio comportamento (Gaudere, 1993).

O diagnóstico do Transtorno Autista é feito basicamente por meio da avaliação do quadro clínico. Não existem testes laboratoriais específicos para a detecção do autismo. Por isso, diz-se que o autismo não apresenta um marcador

biológico. O diagnóstico precoce é importante para poder iniciar a intervenção educacional especializada o mais rapidamente possível (Freire,1994).

Existem vários sistemas diagnósticos utilizados para a classificação do Transtorno Autista. Os mais comuns são a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, ou CID-10, e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças mentais da Academia Americana de Psiquiatria, ou DSM IV.

Em cooperação internacional, os especialistas concordaram em usar certos critérios de comportamento no diagnóstico do autismo. Estes critérios foram explicitados em trabalhos de referência que foram publicados. O esquema mais recente é o descrito no Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria. Um esquema de diagnóstico bem parecido é encontrado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) publicado pela Organização Mundial de Saúde (Frith,1989).

Os mais atuais critérios de diagnóstico da DSM IV TR até o momento, que ilustram as características do indivíduo autista, são:

A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2), e (3), com pelo menos dois de (1), e um de cada de (2) e (3).:

(1) Comprometimento qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:

- (a) comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não- verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;
- (b) fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento;
- (c) ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (p. ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesses);
- (d) ausência de reciprocidade social ou emocional.

(2) Comprometimento qualitativo da comunicação, manifestado por pelo menos um dos seguintes aspectos:

- (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);

(b) em indivíduos com fala adequada, acentuando comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa;

(c) uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;

(d) ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento.

(3) Padrões restritos, repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes:

(a) preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;

(b) adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos não-funcionais;

(c) preocupação persistente com partes de objetos.

B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.

C. A perturbação não é melhor explicada por Transtornos de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância.

### 3. TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO

As técnicas de intervenção dependem muito do pragmatismo, espírito de criatividade, experiência e bom senso do educador, e deve ser complementada com o auxílio de recursos diversos como imagens, desenhos, pinturas, músicas, jogos, brinquedos especiais, atividades artísticas, manipulação com massas e, ultimamente, até trabalhos com computadores. O importante é estimular a criança, dar-lhe atividades, tanto físicas quanto mentais, e não deixá-la se isolar e se afundar nas estereotípias, que acabarão por dominá-la, atrofiando ainda mais o seu sistema cognitivo, caso não haja uma estimulação permanente (Rocha, 2003 ).

Segundo Aiello (2002) de forma geral, até o momento, a literatura (por exemplo, Schreibman, 2000; Roger, 1998; Dawson e Osterling, 1997; Maurice, Green e Luce, 1996; Lovaas, 1987) tem indicado que os programas de intervenção mais eficazes com indivíduos autistas são aqueles que incorporam: a) um modelo comportamental, ou seja, aqueles que utilizam princípios de aprendizagem aplicados ao comportamento humano; b) uma intervenção intensiva compreendida como a oferta de programas por muitas horas durante o dia (entre 27 e 40 horas semanais) e em muitos ambientes da criança; c) o ensino de habilidades variadas bem como redução de comportamentos inadequados em ambientes altamente estruturados; d) uma intervenção o mais precoce possível, de preferência antes dos três anos de idade; e) o envolvimento da família na educação de seu filho com autismo como forma de favorecer seus sentimentos de competência como pais e diminuir estresse emocional; f) treinamento em generalização e manutenção dos comportamentos aprendidos pela criança.

As principais técnicas educacionais são o método TEACCH (que vem se expandindo com relativo sucesso nestas últimas décadas) o PECS e a ABA (Análise Comportamental Aplicada).

O TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children), é um método eficaz utilizado na educação das crianças autista e que significa Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Deficiência relacionadas à Comunicação (Gauderer, 1997).

Essa técnica foi desenvolvida nos anos 60 no departamento de Psiquiatria da Faculdade de medicina da Universidade da Carolina do Norte, Estados Unidos, e atualmente é muito utilizado em várias partes do mundo. O TEACCH foi idealizado

e desenvolvido pelo Dr. Eric Schoppler e atualmente tem como responsável o Doutor Gary Mesibov. Segundo Mello (2002), a missão do TEACCH visa capacitar indivíduos com o maior grau de sentido e independência possível na comunidade.

O método se baseia na organização do ambiente físico através de rotinas – organizadas em quadros, painéis ou agendas – e sistemas de trabalho de forma a adaptar o ambiente para tornar mais fácil para a criança compreendê-lo assim como compreender o que se espera dela. Através da organização do ambiente e das tarefas da criança, o TEACCH visa desenvolver a independência da mesma, de modo que ela necessite do professor para o aprendizado, mas que possa também passar grande parte de seu tempo ocupando-se de forma independente (Mello, 2000).

O objetivo máximo do TEACCH é apoiar o portador de autismo em seu desenvolvimento para ajudá-lo a conseguir chegar à idade adulta com o máximo de autonomia possível. Isto inclui ajudá-lo a compreender o mundo que o cerca através da aquisição de habilidades de comunicação que lhe permitam relacionar-se com outras pessoas, oferecendo-lhes, até onde for possível, condições de escolher de acordo com suas próprias necessidades (Mello, 2002).

O TEACCH é um programa que oferece amplos serviços para pessoas autistas ou com outros transtornos do desenvolvimento, independente da idade. Enfatizando a colaboração dos pais em todas as fases do programa.

Gary Masibov, o atual diretor da divisão TEACCH na Carolina do norte, diz que o autismo funciona como se fosse uma cultura diferente, já que afeta no indivíduo a forma como ele come, como se veste, ocupa seus momentos de lazer, se comunica, etc. O papel do terapeuta ou professor de pessoa com autismo equivale ao de um interprete, fazendo conexão entre duas culturas diferentes. Portanto, esse terapeuta/ professor deve compreender seu aluno / criança, localizar seus pontos fortes, identificar seus déficit e encontrar os meios facilitadores para ajudá-lo no processo de adaptação e aprendizagem (Mello, 2003).

A meta fundamental é o desenvolvimento da comunicação e da independência e o meio principal para isto é a educação. A avaliação é a ferramenta para a seleção de estratégias, que deverão ser estabelecidas individualmente (Marques e Mello, 2002).

As setes principais áreas do tratamento educacional são: a) envolvimento dos pais; b) avaliação da criança em diferentes situações. c) ensino estruturado; d)



manejo do comportamento; e) habilidades de comunicação; f) habilidades sociais e de lazer; g) treinamento pré-vocacional e de independência (Schopler, 2002). É importante ressaltar que não é a criança que deve entender o método, mas é este que deve ajudá-la a entender o mundo.

Um outro método utilizado na educação das crianças autista é o PECS, que significa “sistema de comunicação através de figuras”. O objetivo do PECS é ensinar o indivíduo a comunicar-se através de troca de figuras. Mais especificamente, aproximar-se do outro indivíduo e oferecer-lhe a figura de um item na tentativa de obter tal item. Através deste sistema é possível ensinar a criança diagnosticada com autismo a expressar aquilo que deseja de uma forma espontânea e em um contexto social.

Uma das características do sistema PECS é o foco no ensino de “pedidos”. Logo nas primeiras fases, a criança aprende a usar figuras para pedir algo que ela deseja. Habilitar a criança a pedir algo que ela deseja parece ser o passo mais sensato a ser tomado, já que tal habilidade beneficia diretamente o falante. A criança estará muito mais motivada a se comportar (usar o sistema PECS) para receber algo que deseja (tangível), do que para receber aprovação, conseqüências sociais arbitrárias (Miguel e Kenyon, 2002).

O ensino do sistema PECS é baseado no princípio de reforçamento derivado da análise do comportamento, porque o modelo de linguagem adotado pelo sistema PECS é baseado na teoria de B.F. Skinner (1957/1978). De acordo com este princípio, comportamentos dependem das conseqüências que produzem. Conseqüências que aumentam a probabilidade futura de determinado comportamento são chamadas de reforçadores. Assim, comportamentos só ocorrem porque produzem reforçadores. Comportamentos que não produzem deixam tais reforçadores deixam de ocorrer ou ocorrem com menor freqüência.

Durante o ensino de PECS, indivíduos aprendem a pedir algo que querem. Assim é importante que, durante o ensino de PECS, as preferências da criança sejam identificadas. Durante o treino do programa, os itens de preferência da criança funcionam como reforçadores para o comportamento de pedir. Ou seja, o comportamento de selecionar a figura de um biscoito será reforçado pelo acesso ao biscoito. Assim, no futuro, quando a criança “quiser” um biscoito, ela selecionará a figura que, no passado, produziu biscoitos (Miguel e Kenyon, 2002).

Uma vez identificadas as preferências das crianças, as primeiras fases de ensino do programa podem ser iniciadas. Segundo o manual publicado por Frost & Bondy (1994), o PECS consiste numa sequência de seis fases, onde são: a) ensinando a troca de figuras; b) Espontaneidade; c) discriminação de figuras; d) estruturação de figuras; e) estruturação de sentenças; f) respondendo a questão “o que você quer?”.

De acordo com Frost & Bondy (1994), ao completar a sexta fase, a criança deverá ser capaz de pedir e nomear por volta de 30 à 50 itens. Com esse repertório, é possível ensinar a criança outras habilidades, como as de utilizar adjetivos, nomear ações, utilizar conceitos de “sim” e “não”, e etc. Essas habilidades deverão ser desenvolvidas individualmente dependendo da necessidade de cada criança.

O PECS tem sido bem aceito em vários lugares do mundo, pois não demanda materiais complexos ou caros, é relativamente fácil de aprender, pode ser aplicado em qualquer lugar e quando bem aplicado apresenta resultados inquestionáveis na comunicação através de cartões em crianças que não falam, e na organização da linguagem verbal em crianças que falam, mas que precisam organizar esta linguagem (Mello, 2002).

A intervenção deve ser individualizada e adequada às necessidades do autista e de seus familiares. Deve-se proporcionar o aprendizado de um repertório mais compatível com a faixa etária da pessoa com autismo nas esferas de comunicação, autonomia, sociabilização, aprendizagem formal e atividade profissionalizante; nos contextos da família e da escola ou instituição (Leon, 2000).

Uma outra técnica usada que é um modelo para a educação especial é a ABA (Análise Comportamental Aplicada). O tratamento comportamental analítico do autismo visa ensinar à criança habilidades que ela não possui, através da introdução destas habilidades por etapas. Cada habilidade é ensinada, em geral, em esquemas individual, inicialmente apresentando-a associada a uma indicação ou instrução. Quando necessário, é oferecido algum apoio (como por exemplo, apoio físico), que deverá ser retirado tão logo que seja possível, para não tornar a criança dependente dele. A resposta adequada da criança tem como consequência a ocorrência de algo agradável para ela, o que na prática é uma recompensa. Quando a recompensa é utilizada de forma consistente, a criança tende a repetir a mesma resposta. O primeiro ponto importante é tornar o aprendizado agradável para a criança. O segundo ponto é ensinar a criança a identificar os diferentes estímulos.

Respostas problemáticas, como negativas ou birras, não são, propositalmente reforçadas. Em vez disso, os dados e fatos são registrados e analisados profundamente com o objetivo de detectar quais são os eventos que funcionam como reforço ou recompensa para os comportamentos negativos, desencadeando-os. A criança é levada a trabalhar de forma positiva, para que não ocorram os comportamentos indesejados. A repetição é um ponto importante neste tipo de técnica, assim como o registro exaustivo de todas as tentativas e seus resultados (Mello, 2000).

A origem da Análise do Comportamento nos remete a cinetistas e filósofos que influenciaram o pensamento do maior colaborador da área, B.F. Skinner (1904 – 1990). Segundo Michael (1993), a Análise do Comportamento não se restringe a B.F. Skinner, entretanto seu repertório intelectual teve um papel importante no desenvolvimento da área.

A Análise do Comportamento aplicada utiliza-se de métodos baseados em princípios científicos do comportamento para construir repertórios socialmente relevantes e reduzir repertórios problemáticos (Cooper, Heron, & Heward, 1989). A partir do reconhecimento da importância da Análise Comportamental Aplicada surgiram muitas escolas que seguem seus princípios básicos: ensino de unidades mínimas passíveis de registro, ensino de habilidades simples e complexas em pequenos passos, uso de reforçamento positivo, ênfase na importância da consistência entre as pessoas que têm contato com o aluno, relevância da função do comportamento emitido, etc. Cada nova habilidade é ensinada via apresentação de uma instrução ou dica, e as vezes o professor ou terapeuta auxilia a criança, seguindo uma hierarquia de ajuda pré estabelecida. As respostas corretas são seguidas por consequências que no passado serviram de consequências reforçadoras, ou seja, consequências que aumentaram a frequência do comportamento. É muito importante fazer com que o aprender em si torne-se gostoso (reforçador). As respostas problemáticas (tais como agressões, estereotípias, etc.) não são reforçadas. As tentativas de ensino são repetidas muitas vezes, até que a criança atinja o critério de aprendizagem estabelecido. (Kenyon e Miguel, 2000). Cada comportamento emitido pela criança são registrados de forma precisa, e de tempos em tempos e são transformados em gráficos que demonstram de modo mais claro o progresso daquela criança em cada tarefa específica.

Descobrir quais são as variáveis que mantêm o comportamento de determinada maneira não é uma tarefa simples e nem única a ser desempenhada pelo analista do comportamento. Ensinar formas alternativas de comunicação e, portanto, formas mais aceitáveis de se obter o mesmo que se vinha obtendo via comportamento inadequado é, sem dúvida, mais uma das responsabilidades do analista do comportamento. Caberá também ao analista do comportamento, a tarefa de preparar o ambiente de forma que novas habilidades possam ser ensinadas. É investigado quais são as habilidades presentes (repertório do indivíduo) e quais são os pré-requisitos para se ensinar habilidades subsequentes. Além de ensinar aos alunos "comunicação funcional" (Carr & Durand, 1985), o Analista do Comportamento deve identificar quais são as habilidades que o aluno apresenta e quais são as que precisa aprender. Habilidades básicas como contato visual, sentar independente, seguir instruções simples e imitação motora devem ser ensinadas. (Taylor and McDonough, 1994).

Com este tratamento é possível observar a criança, identificando os erros e comportamentos inadequados, buscando corrigi-los e transformando-os em comportamentos adequados, com mudanças no ambiente.

Não se deve ser esquecida a importância das atividades físicas, na nossa saúde física e mental. O efeito dos exercícios sobre o corpo e a mente são conhecidos desde a antiguidade, com o lema "mens Sana in Corpore Sano". Pesquisas realizadas com pessoas autistas mostraram que vigorosos exercícios físicos podem diminuir as estereotipias e comportamentos perturbados (McGimsey & Favell, 1988; Walters, 1980).

#### 4. A TERAPIA COMPORTAMENTAL E O AUTISMO

Transtornos Globais do Desenvolvimento –TGD, é a categoria que inclui o Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Conforme já exposto nos capítulos anteriores, caracterizam-se por um comprometimento grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades. Os prejuízos qualitativos que definem estas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo (DSM-IV-TR, 2002).

Com os conhecimentos de que hoje se dispõe, sabe-se que o tratamento da pessoa com autismo “é uma tarefa de vida”. Por essa razão o atendimento à mesma deve ser multifacetado, abrangente, intensivo e sistêmico (Windholz, 1995). Não se restringindo apenas ao portador de autismo, mas englobando seus familiares, a escola ou a instituição que frequenta e outros ambientes da comunidade nos quais essas crianças vivem e atuam.

Neste capítulo serão abordados a terapia comportamental e o papel específico do analista de comportamento frente o tratamento de crianças autistas.

As primeiras pesquisas comportamentais, visando compreender as crianças com autismo, hoje consideradas, clássicas, foram de Ferster (1961) e Ferster e DeMyer (1961, 1962), feitas em laboratórios. A contribuição principal de Ferster foi a de demonstrar explicita e concretamente a aplicabilidade dos princípios de aprendizagens ao estudo de crianças com distúrbios de desenvolvimento e que, através de arranjos cuidadosos de certas conseqüências ambientais, o comportamento destas crianças pode ser alterado, aumentando -se seus repertórios comportamentais e diminuindo os comportamentos inadequados (Windholz, 2002).

Ferster (1961) discutiu detidamente o problema da aprendizagem do comportamento autista, com base nos princípios operantes. Considerou que o comportamento é controlado por suas contingências, e que o comportamento da criança autista, em função de um conjunto de variáveis históricas e ambientais, não é funcional para produzi-las. Torna-se viável supor que reside aí a explicação para a baixa probabilidade de desenvolvimento de repertórios comportamentais mais

complexos nestas crianças (Néri, 1987). Ferster sustentou que a defesa da criança autista é qualitativa mas não quantitativamente diferente do comportamento da criança normal e assinalou que o tratamento de crianças autista deveria seguir as diretrizes dadas pelo desenvolvimento infantil normal.

Embora o trabalho de Ferster tenha contribuído para a análise comportamental do autismo, é necessário fazer considerações mais amplas para que tal análise se complete (Moniz, 1982).

À medida que a terapia comportamental evoluiu, e com base já em um conjunto de princípios e procedimentos comprovados, gradativamente os planos de intervenção tornaram-se mais abrangentes e inclusivos.

Os estudos em psicologia, simultaneamente com a instalação, manutenção e generalização de comportamentos funcionais, preocupam-se com a redução ou eliminação de comportamentos que interferem com novas aprendizagens, como birras, estereotipias, comportamentos hetero – agressivos e auto lesivos (Schwartzman, 1995). Como o resultado do uso destes procedimentos foi inconstante, surgiu uma nova metodologia, hoje amplamente utilizada, a da análise funcional (p. 76).

A terapia comportamental pode ser definida como “um modo científico e particular da aplicação sistêmica dos princípios da aprendizagem à mudança do comportamento, no sentido de promover formas mais adaptativas e positivas de interação” (Sénéchel- Machado, 2001, p.51). De maneira geral o seu objetivo é eliminar o sofrimento de pessoas através da alteração do(s) comportamento(s) propiciando novas condições de aprendizagem e, conseqüentemente, favorecendo um estilo de vida mais gratificante para a pessoa que solicita este tipo de ajuda (Sant’ Ana, 2004). A terapia comportamental, hoje, também chamada de Terapia Analítico Comportamental, tem como base a Análise do Comportamento e como filosofia o Behaviorismo Radical (Castanheira, 2002). De acordo com Meyes (1990) existem quatro níveis da análise que, em conjunto, formam o paradigma da análise do Comportamento de Hayes, ou do Behaviorismo Radical de Skinner. São eles: a) o nível tecnológico, no qual se faz uso das técnicas derivadas de pesquisas realizadas. Não basta aplicar procedimentos operantes, acreditar que sentimentos não causam comportamentos e que o ambiente - comportamento são interdependentes para ser considerados um terapeuta comportamental. b) o nível metodológico, no qual se faz a análise funcional de contingência; c) o nível

conceitual, em que o analista deve conhecer e aplicar os princípios dos comportamentos; d) o nível filosófico, no qual o mentalismo é rejeitado.

A terapia comportamental, baseada nos níveis de análise acima descritos, estabelece um novo e diferente enfoque no qual rompe com a visão e os métodos de abordagens anteriores, substituindo o termo doença mental por transtorno comportamental (Castanheira, 2002).

Esta terapia tem suas raízes em estudos de aprendizagem, baseados nos princípios da análise experimental do comportamento, propostos por Skinner (1938,1953,1957,1974), que denomina sua forma de pensar behaviorismo radical. Estes princípios se originaram a partir de pesquisas de laboratórios e analisam as relações entre as ações do organismo e seu meio ambiente, destacando o papel crítico de condições antecedentes e conseqüentes ao comportamento para que haja aprendizagem (Windholz, 2002).

A terapia comportamental utiliza os princípios básicos do comportamento produzido pelos trabalhos experimentais para o entendimento do comportamento das pessoas, tanto a nível diagnóstico, como a nível terapêutico. Entender os princípios que estão atuando fornece a estrutura necessária para se desenvolver as praticas terapêuticas e o entendimento do porquê certa prática usada pelo terapeuta funcionou ou não (Windholz e Meyer, 1994).

As origens experimentais da terapia comportamental trouxeram algumas vantagens importantes ao clínico: Ele foi treinado na observação de comportamentos verbais e não verbais. Ele direciona a pesquisa das variáveis determinantes no ambiente, na história de vida e no organismo. Ele estuda o papel que o ambiente desempenha, ambiente este onde é possível interferir. Outra habilidade advinha dos estudos em laboratório é o entendimento do que é observado como um processo comportamental, com continuas interações e portanto sujeito a mudanças. Com isso o terapeuta comportamental adquiriu um repertório que faz parte da atuação de todo o terapeuta: analisar-se como pessoa numa relação com outra, num processo terapêutico; ter claros seus valores e implicações éticas de toda e qualquer tomada de decisão (Windholz, 2002).

Para Néri (1987), o processo terapêutico comportamental implica uma tentativa de controlar as variáveis ambientais que favorecem a extinção de comportamentos inadequados e a aquisição de outros que possibilitem uma atuação mais adequada do cliente em seu contexto, “no sentido de reduzir ao

máximo sua exposição às conseqüências negativas, e de aumentar ao máximo a probabilidade de expor-se a situações agradáveis” (p 23).

Ser terapeuta comportamental envolve vários papéis: o de analista, das relações funcionais entre as ações de cada pessoa e seu ambiente, externo, interno, social, físico; das tarefas a serem desenvolvidas por seus pupilos, dos passos em que devem ser divididas para se obter um resultado eficaz. Ao mesmo tempo o terapeuta atua como educador, uma vez que o tratamento envolve um procedimento abrangente e estruturado de ensino-aprendizagem ou re-aprendizagem. O terapeuta pode optar em atuar de duas formas diferente. Diretamente com a criança, ou através de mediadores, sendo pais, professores, outros terapeutas. No caso da criança com autismo, a orientação e mesmo o treino dos pais, familiares e pessoas do seu ambiente deve fazer parte da programação, o que requer supervisão terapêutica.

Windholz (1995), ainda relata que há quatro fases cujo conjunto constitui a terapia comportamental: 1) A avaliação comportamental; 2) a seleção de metas e objetivos; 3) a elaboração de programas de tratamento e 4) a intervenção propriamente dita.

1) A avaliação comportamental, onde o analista do comportamento inicia fazendo uma avaliação comportamental. Este deve levar em conta variáveis biológicas, socioculturais, diferenças individuais, estágio de desenvolvimentos, variáveis estas que visam fornecer as condições necessárias para indicar um caminho para cada individuo em estudo. É a fase da “descoberta” (Meyer, 1990), que vai possibilitar a seleção de metas e objetivos funcionais, adequados ao desenvolvimento e à idade do educador, e cuja manutenção e generalização para outras situações e pessoas parecem possíveis.

Visa se descobrir e entender os seguintes aspectos relativos à pessoa com autismo e seu ambiente: a) repertório comportamental (relacionando-o com sua idade cronológica, presença ou não de linguagem funcional, ecolalia, etc.); b) como ele funciona em seu ambiente; c) se existem condições físicas que influem no seu comportamento; d) em que circunstância certos problemas ocorrem ou deixam de ocorrer com maior freqüência ou intensidade; e) se há estimulação do familiares nos comportamentos interativos e etc.

Para obter informações desejadas, o analista do comportamento utiliza-se de métodos indiretos, como questionários, checklists, preenchidos por pais,



professores ou outras análises de álbuns de fotografias, diários de mães, vídeos, escala de avaliação, bem como, e principalmente, observação direta no ambiente natural ( Windholz ,1995).

2) Baseado na avaliação feita, o psicólogo selecionará metas e objetivos individualizados. Os objetivos selecionados abrangerão comportamentos-alvo, nas seguintes áreas: interação social, comunicação, habilidades de autocuidados, habilidades acadêmicas, de lazer e trabalho. É preciso dar atenção a habilidades básicas, pré requisitos para qualquer aprendizagem (Lovaas, 1981; Windholz,1988). A programação também terá como comportamentos- alvos os assim chamados “comportamentos inadequados”, que interferem tanto na aprendizagem, como no ajustamento social do autista e na sua interação com as pessoas ( estereotipias, birras, comportamento hetero e auto agressivos), substituindo-os por comportamentos sociais funcionais;

3) A elaboração de currículos específicos, dentro da abordagem comportamental, requer bom conhecimento de programação, análise de tarefas, para a escolha dos passos e procedimentos da implementação dos mesmos;

4) A intervenção propriamente dita. É preciso tomar decisões sobre maneiras e procedimentos de ensinar as habilidades programadas e/ou tratar comportamentos a serem diminuídos e/ou eliminados. Atualmente usam-se principalmente duas maneiras de ensinar, a situação formal de ensino e a situação informal de ensino ( windholz,1988, windholz e Meyer,2000). A situação formal de ensino, corresponde ao ensino através de tentativas discretas (DTT- discret trial teaching), este é realizado em geral numa situação um-a-um, com a criança e o professor / terapeuta frente-a-frente, sendo os comportamentos apresentados seguidamente, em número previamente estipulado. Já uma situação informal de ensino, se assemelha ao que Sundberg e Partington ( 1998,199) chamam de treino em situação natural ( NET – Natural environment training), ao se referirem ao seu programa de linguagem .

Embora com objetivos claramente definidos quanto aos comportamentos - alvos, o ensino é realizado sempre que possível, em situação natural, mais espontânea, as atividades guiadas mais pelos interesses das crianças.

## CONCLUSÃO

O autismo é um transtorno que mobiliza muito o ser humano, pois acomete crianças bonitas, que aparentemente são normais e não apresentam sinais físicos de lesões, mas que apresentam problemas de sociabilidade, isolamento intenso, agressividade estereotípias, comportamentos de esquivas e uma incapacidade para o relacionamento pessoal, o que atrapalha a inserção desta criança na sociedade. Na escola, por exemplo, ela se mantém afastada das outras crianças, o que faz muitas vezes os pais a tirarem da escola.

É importante ressaltar que o autismo não é uma doença, mas um distúrbio do desenvolvimento que pode ser causado por uma série de outras doenças e possivelmente por determinadas alterações genéticas em vários cromossomos.

Nos últimos anos, a incidência de autismo cresceu em todo o mundo, e tem sido um dos temas referentes à infância bastante estudado e pesquisado no mundo mas apesar disso, ainda não há um consenso em relação a causa, por não haver nenhum estudo concreto que faça parte de todos os casos. São necessários mais estudos que investiguem não somente esta deficiência, mas também as competências sociais destes indivíduos e que possam ter implicações para a identificação mais precoce dessa síndrome. Até hoje o Transtorno Autista carece de maiores explicações para seu aparecimento.

Os sintomas apresentados pelo autismo podem exibir muitas diferenças de uma criança para outra. Apesar dos sintomas começarem a partir dos três anos de idade, a identificação mais precoce traria mais vantagens importantes, o que possibilitaria uma intervenção mais imediata.

A criança com autismo, precisa ser ensinada em quase tudo que uma criança normal aprende espontaneamente por meio da observação. O tratamento desta criança deve ser cuidadosamente planejado, onde o primeiro passo é ajudar essa criança a se organizar e se desenvolver, para que ela possa relacionar-se consigo mesma. A intervenção comportamental com essas crianças pode ser seqüenciada em passos pré-definidos, de acordo com as possibilidades de cada criança.

O atendimento, não pode se restringir apenas à criança autista, mas é importante abranger a família e todo o ambiente em que a criança viva. O fato de se ter um filho que apresenta o transtorno autista pode desestruturar toda uma família,

desencadeando sofrimento, entre eles raiva e culpa. É necessário ajudá-los a se adaptarem e a conviverem neste novo ambiente.

Até o momento presente, nenhuma proposta terapêutica existente provou ser capaz de curar o Transtorno Autista, contudo, foi possível observar, que através da literatura pesquisada, que a terapia comportamental tem sido considerada nos últimos tempos como mais eficaz no tratamento de crianças com Transtorno Autista.

O principal objetivo desta pesquisa além de levar a uma reflexão acerca do autismo é definir e tornar mais precisa e clara as informações acerca da identificação do transtorno autista, como também a importância de um atendimento individualizado e intenso e a aplicabilidade da técnica comportamental no tratamento destas crianças. Com isso foi percebido que a criança autista além das necessidades de uma criança normal, precisa para seu desenvolvimento de um acompanhamento intenso para desenvolver aprendizados.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BOSA, Cleonice e BATISTA, Cláudio R. Autismo e Educação: Reflexões e proposta de intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAMARGO Jr., Walter. Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: 3º Milênio/ Waltter Camargo e Colaboradores. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA, 2002.

CAMARGO Jr, Walter. O que é o autismo infantil? Em [www.autismo.med.br](http://www.autismo.med.br), publicado em 2001.

CASTANHEIRA, S. S. (2002). In: Ciência do Comportamento: conhecer e avançar. Org. TEIXEIRA, A.M.S.; SÈNÈCHAL-MACHADO, A. L.; CASTRO, N. M.S.; CIRCINO, S. D. 19ª. Ed. Santo André: Associadas.

CAVALCANTI, A. E. & ROCHA, P. S Autismo: Construções e Desconstruções. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

COSTA, Nazaré. Terapia Analítico- Comportamental: Dos Fundamentos Filosóficos À relação com o modelo Cognitivista. SP: EserEC Editores Associados, 2002.

DELITTI, Maly. Análise Funcional: o comportamento do Cliente como Foco da Análise Funcional. In> Maly Delitti (Org.). Sobre Comportamento e Cognição. São Paulo, Arbytes Editora, Vol. 2, 1997.

FACION, José Raimundo. Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Associados a Graves problemas de Comportamento: Reflexões sobre um modelo integrativo. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

GAUDERER, Christian. Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GAUDERER, Christian. Autismo. São Paulo: Atheneu, 1993.

GRANDIN, Temple. Uma menina estranha; tradução Sergio Flaksman. SP: Companhia das Letras, 1999.

GUILHARDI, Hélio José, et al. Sobre Comportamento e cognição: Contribuições para a construção da Teoria do Comportamento – org. SP: EserEC Editores Associados, 2002. V9.

HOLMES, David S. Psicologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.

LETTNER, Harald & RANGÉ, Bernard. Manual de Psicoterapia Comportamental. São Paulo: Manole, 1988

Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

NÉRI, Anita L. Modificação do comportamento infantil. Campinas: Papyrus 1997.

OSM (Organização mundial da saúde), (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas.

SCHWARTZMAN, José Salomão: Autismo Infantil. São Paulo: Memnon, 1995.

